

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

120

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

DOLADILLE Camille-Maurice

Né à Cahors le 18 avril 1911

Contribution à l'étude
des
Scarlatines chirurgicales

Président : M. LEMIERRE, Professeur

IMPRIMERIE E. RIVET
21, rue d'Aixe, LIMOGES

1938

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

DOLADILLE Camille-Maurice

Né à Cahors le 18 avril 1911

Contribution à l'étude

des

Scarlatines chirurgicales

Président : M. LEMIERRE, Professeur

IMPRIMERIE E. RIVET
21, rue d'Aixe, LIMOGES

1938

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	N...
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEU-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE.....	Pathologie chirurgi- cale.
BARIETY.....	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri).....	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne.....	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin).....	Hydrologie.
BOULIN.....	Pathologie médicale.
BULLIARD.....	Histologie.
CATHALA.....	Pathologie médicale.
CHEVALLIER.....	Pathologie médicale.
COSTE.....	Pathologie médicale.
DOGNON.....	Physique.
FEY.....	Urologie.
FUNCK.....	Pathologie chirurgi- cale.
GALLIARD.....	Parasitologie.
GASTINEL.....	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.....	Pathologie chirurgicale.
GAYET.....	Physiologie.
DE GENNES.....	Pathologie médicale.
GIROUD.....	Histologie.
HAGUENAU.....	Pathologie médicale.
HALPHEN.....	Oto-rhino-laryngolo- gie.
HAZARD.....	Pharmacologie.
HUGUENIN.....	Anatomie pathologi- que.
JOANNON.....	Hygiène.
LACOMME.....	Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL....	Obstétrique.
LAROCHE (Guy).....	Pathologie médicale.
LELONG.....	Pathologie médicale.
LEMAIRE.....	Pathologie expéri- mentale.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgi- cale.
Mlle J. LÉVY.....	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI..	Neurologie et Psy- chiâtrie.
MÉNÉGAUX.....	Pathologie chirurgi- cale.
MOLLARET.....	Pathologie médicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.....	Pathologie chirurgi- cale.
MOUQUIN.....	Pathologie médicale.
OBERLING.....	Anatomie pathologi- que.
DUPETIT-DUTAILLIS.....	Pathologie chi- rurgicale.
PIÉDELIEVRE...	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
RENARD.....	Ophthalmologie.
RICHET.....	Physiologie.
SANNIE.....	Chimie biologique.
SÉNÈQUE.....	Pathologie chirurgi- cale.
TROISIER.....	Pathologie expéri- mentale.
TURPIN.....	Pathologie médicale.
VIGNES.....	Obstétrique.
WILMOTH.....	Pathologie chirurgi- cale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE.....	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET.....	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.....	Physiologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS....	Pathologie chirurgi- cale.
LEROUX.....	An ^{mie} pathologique.
NEVEU-LEMAIRE.....	Parasitologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
VAUDESCAL.....	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.	BASSET.....	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN.....		BROCO.....	
BRULÉ.....		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER.....	
CHIRAY.....		HEITZ-BOYER...	
DONZELOT.....		MOURE.....	
DUVOIR.....		QUENU.....	
LIAN.....		SCHWARTZ.....	
PASTEUR - VAL-		VELTER.....	
LERY-RADOT..			
SÉZARY.....			

MM.	
ECALLE.....	} Clinique obstétricale.
LE LORIER.....	
LEVY-SOLAL.....	
METZGER.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé.....	Microbiologie.
RUPPE.....	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798; l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

*Dont la bonté nous a si tendrement
entouré.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Bien faible hommage de ma grande
reconnaissance et de mon amour filial.*

A MON FRÈRE AFFECTIONNÉ

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

Professeur de Clinique des Maladies infectieuses

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Claude Bernard

*En le remerciant du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. KÜSS

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié

*Qui nous a inspiré ce travail, nous a
prodigué ses conseils ; en témoignage
de notre reconnaissance pour son bril-
lant enseignement clinique et pour la
bienveillance avec laquelle il nous a
toujours accueilli dans son service.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. CUBERTAFON

Médecin honoraire de l'Hôpital de Limoges

Au Maître que nous avons tant apprécié, à qui nous devons tant pour notre éducation professionnelle. Qu'il nous permette de lui renouveler ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. DELOTTE

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

Chirurgien de l'Hôpital de Limoges

Professeur à l'Ecole de Médecine de Limoges

Notre Maître qui, durant cinq ans, nous témoigna toujours la plus grande bienveillance. Nous lui adressons tous nos remerciements et l'hommage de notre profonde gratitude pour les excellentes leçons dont il nous a fait profiter et pour l'amitié dont il a bien voulu nous honorer.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOURGUIGNON
Professeur honoraire de Clinique médicale à Limoges
(*In memoriam.*)

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. DURAND
Ex-interne des Hôpitaux de Paris
Professeur à l'Ecole de Médecine de Limoges
Médecin de l'Hôpital de Limoges

A MONSIEUR LE DOCTEUR M. FAURE
Ex-interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien de l'Hôpital de Limoges

Dont nous fûmes l'interne et qui
nous ont appris à aimer la médecine.
Avec toute notre reconnaissance,

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE LIMOGES

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Nous n'avons pas, dans ce travail, la prétention de trancher une question très discutée déjà le siècle dernier et qui, de nos jours, suscite encore beaucoup de controverses.

Pour certains, en effet, le terme de scarlatine doit être exclusivement réservé à une maladie contagieuse, épidémique, conférant l'immunité et dont le tableau clinique est caractéristique. C'est pourquoi ils dénomment érythèmes scarlatiniformes toutes les manifestations à caractère scarlatin qui apparaissent, à la suite d'une opération, d'une plaie, d'une brûlure chez un sujet n'étant pas en incubation de scarlatine. D'autres, au contraire, qui, pour la plupart, adoptent la théorie streptococcique « pensent qu'il n'y a pas lieu d'établir pareilles distinctions et soutiennent qu'il y a identité absolue entre la scarlatine commune qui, d'ailleurs, peut présenter des complications nécessitant l'intervention du chirurgien, et les scarlatines chirurgicales ou puerpérales ».

Du point de vue clinique, on peut classer les cas observés en deux catégories. D'un côté ceux où, à la suite d'une

plaie quelconque, accidentelle ou chirurgicale, s'est développé, après un délai variable, un érythème dont les caractères cliniques sont ceux de la scarlatine commune. Et, dans ces cas, d'où vient le germe ? Vient-il du malade, qui en était porteur, ou de l'extérieur ? De l'autre ceux où le contagement a été évident, où la maladie a eu une incubation normale de quatre à cinq jours et a évolué d'une manière régulière : ce sont des scarlatines ordinaires pour lesquelles un simple hasard a fait coïncider leur apparition avec les suites opératoires.

Nous citerons, plus loin, des observations de scarlatine chirurgicale et, pour prouver l'existence des curieuses coïncidences dont nous venons de parler, les observations de deux frères opérés à la maison de santé de notre maître, M. le Docteur G. Küss, alors qu'ils étaient en période d'incubation méconnue de scarlatine.

Nous ne pourrions malheureusement pas faire état de certaines observations écourtées, auxquelles il manque de nombreuses précisions, et qui n'ont guère, aux dires même de ceux de nos maîtres qui nous les rapportent, que la valeur d'un souvenir médical.

Tel le cas que nous a signalé M. Küss, qu'il a observé à l'H. O. E. de Vitry-le-François, en mai 1918, et sur lequel, *malgré ses recherches*, vu le temps écoulé, il n'a plus pu rassembler les renseignements qui auraient conféré à ce fait la valeur d'une véritable observation clinique.

Il s'agit d'un blessé hospitalisé dans une baraque Adrian,

service du Docteur Lévy-Bing, faisant une septicémie à streptocoques et qui présentait du délire et de l'agitation nocturne. Un jeune infirmier voulant le recoucher et le faire boire dans la nuit, dut lutter avec le malade pour le remettre dans son lit. Dans cette lutte, il fut plutôt écorché que griffé à la face antérieure du cou par le malade. A la suite de ces écorchures cervicales, cet infirmier fit une véritable *maladie scarlatiniforme* avec éruption ortiée, légère albuminurie et desquamation terminale.

De même pour l'observation qu'a bien voulu nous communiquer M. Henri Martin, chirurgien-chef de l'Hôpital des Enfants Assistés. Il nous manque trop d'éléments pour la citer sur le même plan que les autres.

Elle concerne la jeune J... P..., âgée de quatre ans et demi, opérée d'appendicite à froid, le 4 janvier 1936. La température monte à 40° le soir de l'intervention et redescend le lendemain. Le quatrième jour, poussée thermique à 39° 6, avec érythème scarlatiniforme ; pas d'albuminurie. La famille n'acceptant pas le transfert dans un service de contagieux, emmène la petite malade : nous n'avons pu savoir ce qu'elle était devenue. N'ayant aucun renseignement sur la possibilité d'une contagion antérieure, ne sachant pas si l'évolution a confirmé le diagnostic, nous sommes cependant obligés de citer cette observation pour montrer que le problème de la scarlatine chirurgicale peut se poser en pratique courante.

Il ne faut pas croire cependant que la scarlatine chirurgicale soit cliniquement très fréquente. Au cours de ce travail, nous nous sommes aperçu que plusieurs de nos maîtres n'en avaient que rarement observées. Tel est l'avis du Professeur Lereboullet, médecin chef de l'Hôpital des Enfants Assistés, du Docteur Darré, médecin de l'Hôpital Pasteur, que nous tenons à remercier pour l'amabilité avec laquelle ils nous ont accueilli dans leur service, mais qui n'ont pu nous fournir la moindre observation.

Nous n'avons malheureusement pu recueillir aucun renseignement du professeur Abrami, éloigné de Paris par de cruelles circonstances.

HISTORIQUE

Parmi les auteurs qui font mention d'éruption se présentant après une opération, une plaie ou une blessure, la plus ancienne observation que nous avons pu trouver est due à Civiale, en 1858, qui, dans son *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires*, dit qu'il est assez commun de noter, principalement chez les calculeux, soit pendant les douleurs aiguës accusées par la pierre, soit après quelque opération chirurgicale des papules, des pétéchies et des plaques cuivrées. A cette époque, c'est surtout parmi les auteurs Anglais que nous relevons des observations de ce genre.

En 1875, dans ses leçons cliniques, sir James Paget rapporte onze cas d'éruptions scarlatineuses survenant après une opération. Comme la question est discutée, il la résout dans le sens d'une contagion aidée d'une certaine prédisposition qu'il explique par les deux hypothèses suivantes : la première est la plus claire, à savoir que la contagion a lieu à travers la blessure, au moment où celle-ci est infligée.

probablement par l'intermédiaire d'un chirurgien ou des assistants ou secondairement « ceux qui sont atteints de fièvre scarlatine quelques jours après une opération avaient primitivement absorbé le poison, mais il n'eût pas manifesté ses effets aussi vite ou même pas du tout sans l'ébranlement et le trouble porté à leur santé. La seconde explication, dit sir James Paget, nous semble plus probable, car elle est en accord avec ce qui a été observé ».

Dans une leçon clinique rapportée par le Congrès Médical en 1878, Trelat, le premier en France, cite deux cas qu'il a pu observer lui-même et un troisième, de la pratique d'un de ses élèves. Pour lui, il s'agirait d'une simple coïncidence entre l'intervention et l'apparition secondaire d'une scarlatine.

En 1879, Stirling fait un tableau unique où sont relevées toutes les observations parues à ce jour. A cette même époque les Allemands, à leur tour, s'occupent de la question, et il nous faut citer les noms de Riedenger et de Treub. La question des scarlatines chirurgicales ne cesse de préoccuper les esprits et elle fait l'objet d'une discussion dans l'une des séances de l'International Congrès de Londres en 1881.

Howard Marsh, sans apporter de faits nouveaux, a fait une communication intitulée « Sur la nature de la soi-disant fièvre scarlatine qui suit les opérations ». Il s'efforce d'établir la théorie de la contagion se basant sur les bons effets des salles d'isolement qui n'existaient pas à l'époque de ses

premières publications. En 1882, en France, la thèse très documentée de Batut (Paris), « De la scarlatine chirurgicale », reprend les idées de Trelat. Bernard, en 1907, traite, dans le *Journal de Médecine de Paris*, « de la scarlatine au cours de suites opératoires », tandis que Kauffmann, en 1910, écrit, dans un journal médical de Paris, un article « Scarlatine et appendicite ».

De nos jours on ne peut parler des scarlatines chirurgicales ou puerpérales sans y attacher les noms de MM. Louis Bazy, Debré, Ramon, Bonnet, Lamy, Lemierre, Bernard, en France, et ceux de G.-P. Hunt, J. Berberich, K. Jordanoft, Jones, Karistrom, Muller, R. Mittermaier, à l'étranger.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS n^{os} 1 et 2.

(Observation du docteur G. Küss)

Le 10 février 1936, les jeunes Roger et Raymond B... entrent à la Maison de Santé du docteur G. Küss, à Paris. Les deux frères, à leur entrée dans la Maison de Santé, Roger, 11 ans, Raymond, 9 ans, viennent de la Ferté-sous-Jouarre, où ils fréquentent la même classe de l'école communale. Aucun des deux ne semble être malade à ce moment-là, et ils présentent, comme température, le 10 février au matin, Roger 37°5 et Raymond 37°4. Ils sont opérés de leur phimosis le même jour, à la fin de la matinée, avec toute l'aseptie d'usage. Notons que la stérilisation des instruments et objets de pansements n'a jamais donné lieu, dans cette Maison de Santé, à aucune espèce d'incidents, et s'est révélée toujours parfaite. Le soir de cette circoncision Roger a une température de 37°4, Raymond une température de 37°6.

La température est à 37°7 pour Roger et à 38° pour Raymond le lendemain soir 11 février. A ce moment les enfants se

plaignent de la gorge et présentent des signes d'angine rouge. La peau présente de grands placards rougeâtres analogues au rash scarlatin et, le lendemain, les prépuces opérés des deux enfants présentent un gonflement et une rougeur tout à fait anormale en même temps qu'apparaissent les signes de gangrène au niveau de la ligne de suture cutanéomuqueuse. Les phénomènes se précisent et s'exagèrent les jours suivants. Le 13 au matin Roger fait 39° et le soir 40°3. Chez Raymond les phénomènes généraux et locaux, moins marqués, ne déterminent qu'une élévation thermique à 38°5. La sérosité prélevée avec une pipette, au niveau de la ligne de suture montre l'existence de streptocoques chez les deux enfants. Le lendemain 14, chez les deux enfants, mais toujours mieux marquée chez Roger, l'aîné, commence à apparaître une éruption analogue à celle que l'on observe sous le nom de noma dans la bouche au cours d'une scarlatine. Chez Roger il apparaît même de petites taches noirâtres au niveau de la muqueuse du gland et l'on se demande si le processus gangréneux restera superficiel et n'intéressera que la peau et la muqueuse ou si on n'aura pas, par extension de ce processus, à assister à la gangrénisation au moins partielle de la verge. Le 14, alors qu'on ne savait pas la présence de streptocoques dans la sérosité locale, on a fait à Roger 1 c.c. de Propidon, mais, dès le 15, en présence des résultats communiqués par le Laboratoire Delaville, on établit un traitement excessivement énergique, s'adressant : 1° au streptocoque; 2° localement à la gangrène. On donne à Roger, par la bouche, 4 comprimés de Rubiazol et 3 à Raymond, plus jeune. On fait aux deux enfants une injection de 8 cc. de sérum antigangréneux en même temps que l'on fait localement un pansement au sérum antigangréneux et le badigeonnage de la peau pénienne et scrotale avec une solution

liquide de Rubiazol, que M. Küss fait faire spécialement. On badigeonne toute la peau d'essence d'eucalyptus. Le lendemain les lésions gangréneuses se sont encore étendues et l'on est réellement inquiet sur l'évolution ultérieure de ces gangrènes locales, qui s'avèrent tenaces. On pratique, le 16, une injection de 30 cc. de sérum antigangréneux, le pansement local est fait selon la même technique au sérum antigangréneux et la peau badigeonnée de Rubiazol liquide. La peau des enfants est toujours badigeonnée d'essence d'eucalyptus. La température, du reste, malgré les accidents locaux, a baissé depuis le 13 au soir et ayant encore atteint, pour Roger, le plus malade, le 14 au soir, $39^{\circ}4$, le 15 au soir $39^{\circ}2$, et, pour Raymond, respectivement $38^{\circ}5$ et $38^{\circ}5$, tombe nettement, le 16 au soir, pour Roger, à $37^{\circ}8$ et pour Raymond à $38^{\circ}1$. A partir de ce jour, chez les deux enfants, la température reste normale; localement, les lésions gangréneuses des prépuces et des glands se détergent et se cicatrisent avec une rapidité véritablement surprenante et les deux enfants peuvent sortir de la Maison de Santé entièrement guéris le 25 février au matin, Roger ayant bien, ce matin-là, une température exceptionnellement élevée et qui ne devait plus se reproduire. Les enfants, ramenés en ambulance avec les précautions d'usage à La Ferté-sous-Jouarre, étaient, le 18 mars, dans un état général et local excellents et « trottaient déjà en plein air pour reprendre leurs couleurs perdues » (lettre de leur père, 18 mars 1936). Ils devaient faire, d'après une communication téléphonique, une desquamation furfuracée sur tout le corps, en doigts de gants pour les mains, très marquée également au niveau de la région inguino-scrotale tout à fait analogue à celle que l'on observe dans la convalescence de la scarlatine.

L'évolution de durée à peu près classique pour la période

d'incubation, d'invasion et d'éruption, rappelant en tous points celle d'une scarlatine de type bénin, a été, croyons-nous, considérablement écourtée pour l'apparition de la desquamation, grâce au traitement abortif par le Rubiazol et le sérum antigangréneux.

Notre enquête, faite auprès des parents, a démontré qu'il y avait eu un va et vient de scarlatine à l'école fréquentée par ces enfants; que le jeune Roger ait été contagionné le premier et l'ait communiquée à son frère, avec 24 heures de retard, il n'en reste pas moins absolument prouvé qu'il ne s'agit pas là d'une scarlatine due à un contagement pendant l'acte chirurgical, mais l'enfant qui, par une singulière coïncidence, ont été opérés au début de leur période d'incubation, et alors qu'ils ne présentaient aucun signe susceptible d'alerter le médecin.

OBSERVATION n° 3.

*(Observation inédite du service du docteur René Marlin,
de l'Hôpital Pasteur)*

Le 8 novembre 1937, Madame X..., âgée de 42 ans, qui travaille dans un bureau, tombe dans l'escalier au moment de quitter son travail. Quoique elle souffre vivement au niveau de la région fessière droite, elle peut rentrer chez elle. Arrivée là, comme elle continue à souffrir, elle fait appeler un médecin qui constate un hématome de la fesse droite « volumineux comme une tête d'enfant ». Il lui conseille de se mettre au lit et d'appliquer sur le point de chute des compresses avec quelques gouttes de teinture d'arnica. Le 11 novembre, Madame X... est auto-

risée à se lever; le 18 novembre, cet hématome étant volumineux, le médecin en conseille l'incision, mais comme la malade est indisposée, l'intervention est remise au 1^{er} décembre. A cette date, incision sous anesthésie générale, mise en place d'un drain qui sera retiré le 3 décembre. Le samedi 4 décembre, la malade est ramenée chez elle en taxi. Le dimanche matin elle se sent fatiguée, a de la diarrhée, des démengeaisons sur tout le corps et des vomissements. La température à 39°7 le matin est à 39°9 le soir. Le lendemain la malade « est rouge sur tout le corps » et la température est à 40°2. Le médecin fait prendre du Rubiazol et dit ne pouvoir revenir avant le vendredi. Le lundi, comme la température est toujours élevée, que la malade est abattue et se plaint de la gorge, on fait appeler un autre médecin qui lui fait prendre de l'Adrénaline.

Le mercredi, 8 décembre, dans l'après-midi, Madame X... entre à l'Hôpital Pasteur, dans le service du docteur René Martin, avec le diagnostic de septicémie à streptocoques. La température est à 39°2, le pouls à 140. La malade présente une éruption de scarlatine intense avec œdème. On pratique une hémoculture qui reste négative. Dans la nuit la malade est très fatiguée. On lui fait une injection intraveineuse de 1/8 de milligramme d'ouabaïne.

Le 9, la température est à 38°. On fait prendre à la malade du septonilix. Le 10, la température descend à 37°8 et l'éruption pâlit. La maladie va évoluer comme une scarlatine, sans complications, avec une abondante desquamation. Par deux fois, cependant, la température étant remontée le 22 novembre à 39°6, le 30 à 38°8, le professeur Mocquot pratique une incision pour faciliter l'écoulement du pus de l'hématome infecté.

OBSERVATION n °4.

*(Observation inédite du service du docteur René Martin,
de l'Hôpital Pasteur)*

Madame X... B..., sans profession, souffrait de sinusite frontale gauche; de nombreuses rechutes gênaient considérablement la malade qui, en outre, avait un polype au niveau du méat moyen droit. Devant cet état le docteur A... décide d'intervenir et fait entrer la malade dans sa Maison de Santé. L'opération a lieu le 21 avril 1937, sous anesthésie locale : badigeonnage avec une solution de cocaïne au dixième, et injection de novocaïne au niveau du nerf ethmoïdal. Le docteur A... pratique l'ablation du cornet moyen droit et une ethmoïdectomie. Le soir de l'intervention, la malade a 38° ; le lendemain et le surlendemain la température revient progressivement à 37°.

Le 24 avril, Madame B... a des maux de tête et des démangeaisons sur tout le corps; brusquement elle est parcourue de frissons et la température s'élève à 40°. Dans la nuit apparaît une éruption qui fait décider aussitôt son envoi à l'Hôpital Pasteur.

A son arrivée dans le service du docteur René Martin, la malade présente une éruption de scarlatine typique, généralisée: la peau a une teinte rouge écarlate à peu près uniforme et on note le signe de Pastia. La température est à 39°, l'état général est bon, mais la malade se plaint de réphalée et de gêne à la déglutition.

La gorge est rouge, la langue est caractéristique, rouge vif sur les bords et la pointe, alors que, sur le dos, elle est recouverte d'un enduit pultacé. Les urines sont normales sans sucre

ni albumine. On fait à la malade deux lavages du nez au sérum physiologique. Le 27, en même temps que la température suit sa courbe descendante, l'éruption s'atténue.

Le 28 avril la température va remonter et cette poussée s'explique par les douleurs articulaires que ressent M^{me} B... à cette date.

Le 29, malgré la prise de 4 grammes de salicylate de soude par jour, les petites articulations des mains sont encore douloureuses.

Le 30 avril la température recommence à descendre et le 3 mai la température étant redevenue à la normale et les articulations indolores, on supprime le salicylate de soude et on permet à la malade une légère alimentation.

La desquamation va commencer le 7 mai et la malade sortira guérie le 4 juin.

Il est intéressant de noter le fait suivant : trois jours après l'entrée de la malade à l'Hôpital Pasteur ses trois enfants, qui étaient venus lui rendre visite à la Maison de Santé du docteur A..., firent une poussée de température à 40°, accompagnée d'une angine. Contrairement au pronostic porté à ce moment ils ne firent pas une scarlatine.

OBSERVATION n° 5.

(Observation inédite du service du Professeur Lemierre)

Il s'agit de M. P..., garçon de courses, âgé de 19 ans, qui fut opéré, le 30 novembre 1936, d'évidement petro-mastoïdien

gauche pour une otite chronique cholestéomateuse, datant de l'enfance, et sequelle de rougeole.

Le lendemain de l'intervention, l'oreille est fort sale, les ganglions prétragiens sont un peu engorgés. Il n'y a pas de méchage ; on fait trois lavages au sérum de la cavité par jour et on applique des compresses au niveau de la parotide.

Le 5 décembre, donc cinq jours après l'intervention :

— la température s'élève à 38°8,

— cependant, cette élévation thermique ne s'accompagne d'aucun autre symptôme :

— pas d'angine,

— pas de vomissements,

— pas de frissons ni de céphalée.

Le 7 décembre la température était à 40°, mais aucun symptôme nouveau n'était apparu. On fit alors à M. P... une ponction lombaire qui montre un liquide céphalo-rachidien absolument normal.

Enfin, le 8 décembre au matin, apparut une éruption scarlatiniforme typique et généralisée prédominant sur le thorax, l'abdomen et le dos, moins marquée sur les membres inférieurs.

L'éruption est absolument uniforme, assez intense, peu prurigineuse; on ne peut examiner la gorge, car il existe un trismus très marqué apparu dès l'intervention.

La langue est typique, rouge sur les bords et la pointe, blanche au centre. On note, de plus, une adénopathie sous-maxillaire et carotidienne. La température, à 40° la veille, est à ce jour de 38°; le pouls à 104 est bien frappé,

Dans les urines

ni sucre,
ni albumine,
ni urobiline,

Formule sanguine :

Globules rouges	4.200.000
Globules blancs	11.800
Polynucléaires neutrophiles	84 %
Polynucléaires éosinophiles	6 %
Monocytes.	2 %
Moyens monos	8 %

L'ensemencement de la gorge est négatif. Au niveau de la plaie mastoïdienne, on a trouvé de nombreux streptocoques.

La réaction d'extinction de Shultz-Charlton, pratiquée le 9, sera négative.

La température à 39° le 11 décembre, sera à 37° 6 le 12, et à 37° 2 le 14.

Cette scarlatine chirurgicale va évoluer normalement et le jeune P..., après avoir présenté une desquamation en lanières, quittera l'Hôpital le 14 janvier 1937.

OBSERVATION n° 6.

(Observation inédite du service du Professeur Lemierre)

Madame P..., âgée de 26 ans, sans profession, entre le 15 juillet 1937 à l'hôpital Claude-Bernard, venant de la Pitié, où elle était traitée pour brûlures du sein et de l'aisselle gauches.

Alors que la cicatrisation de la brûlure, datant de huit jours, évoluait normalement, cette malade, qui avait déjà eu la scarlatine il y a six ans, fit, le 14 juillet, une poussée de température à 40° 4, accompagnée d'une angine douloureuse sans vomissements ni céphalée. Quelques heures plus tard apparut un exanthème sur le début duquel nous n'avons pas pu avoir de précisions. On lui fait prendre à ce moment six comprimés de Rubiazol.

Le jour de son arrivée dans le service elle présente un exanthème scarlatineux généralisé typique. La gorge est rouge et la langue très rouge sur les bords est saburrale au centre. La palpation ne fait déceler que quelques ganglions axillaires. Une hémoculture, faite le jour de l'arrivée de la malade dans le service, est négative. La réaction d'extinction de Schultz-Charlton, pratiquée le 16 juillet, se montrera très fortement positive. Dans l'urine, on ne trouve ni sucre, ni albumine, mais on peut déceler quelques traces d'urobiline. La tension artérielle est normale et le dosage de l'urée sanguine de 0 gr. 67.

Le 17 juillet, la température avoisine toujours 40° ; l'état général est assez mauvais et, signe alarmant, la malade n'a pas uriné depuis minuit.

Le 18 juillet, la température est à 38° 2. Madame P... urine très peu et présente douze selles diarrhéiques.

Le 19 juillet, la température est à 37° 6, pas d'émission d'urines, trois selles diarrhéiques. Le dosage de l'urée sanguine est de 2 gr. 03.

Le 20 juillet, la température est à 37° 2. La malade émet 250 cc. d'urine où l'analyse décèle de l'albumine. Dosage de l'urée sanguine = 2 gr. 55.

Les 21 et 22 juillet, le volume des urines augmente légèrement, mais le taux de l'urée sanguine reste le même.

Le 23 juillet, la température est normale, la malade a uriné environ un litre. Un prélèvement, pratiqué au niveau de la brûlure, décèle la présence de streptocoques hémolytiques.

Cependant l'état général s'améliore, le volume des urines redevient normal, l'albumine disparaît, dès le 26 juillet, et le taux de l'urée sanguine redescend progressivement pour revenir à la normale.

Entre temps l'éruption a pâli et la malade a présenté une abondante desquamation.

Madame P... sort guérie le 27 août 1937.

OBSERVATION n° 7..

(Observation inédite du service du Professeur Lemierre)

Il s'agit de Madame L..., ménagère, âgée de 39 ans, qui fut opérée de calcul du bassin droit le 9 novembre 1936.

La température, qui était de 38° les deux jours qui suivirent l'intervention, revient à la normale le troisième jour. L'état général est bon, la malade urine bien.

Le 12 novembre, Madame L... qui, dans la matinée, se sentait fatiguée, a de nombreux frissons accompagnés de sueurs et de céphalée.

Le 13 novembre, la température est de 38° 7 ; la malade a vomé, se plaint de la gorge qui, à l'examen, se montre rouge.

Le 14, le malaise général, la céphalée, l'angine, subsistent et

les vomissements recommencent. Le soir, la température est de 40°3.

Le dimanche 15, apparaît une éruption scarlatiniforme qui débute à la racine des membres et s'étend au niveau du dos.

Le 16, la malade est transportée à l'Hôpital Claude-Bernard.

Le 17 novembre, examinée au Pavillon Pasteur, elle présente sur le corps une éruption de scarlatine peu intense, localisée, prédominant à la racine des membres et surtout dans le dos, où elle est très marquée.

La gorge est un peu rouge, mais l'érythème est peu marqué. La langue est bien rouge, dépouillée et présente, à sa base, le reste d'un enduit blanc. La palpation cervicale montre l'existence de quelques petits ganglions jugulaires, à droite, et non douloureux.

Le volume des urines est d'environ 500 cc. sans sucre ni albumine, mais avec des traces d'urobiline. La tension artérielle est normale, le pouls à 100. Dosage de l'urée sanguine = 0,50.

La température reviendra normale le 20 novembre. Du 23 novembre au 1^{er} décembre, la malade se plaindra de douleurs au niveau des petites articulations des doigts. Ces douleurs calmées, la maladie va évoluer normalement et Madame L... quittera l'hôpital le 22 décembre 1936.

OBSERVATION n° 8.

(Observation inédite du service du Professeur Lemierre)

M. G..., maçon, âgé de 44 ans, fut opéré le 3 novembre 1935 pour une hernie encéphalique à l'intérieur d'une cavité

auriculaire. Les suites opératoires étaient normales, la température à 37° jusqu'au 4 décembre, où M. G..., accusant un violent malaise général, accompagné de douleurs articulaires au niveau des mains, la température s'élève à 40°. Il ne se plaint pas particulièrement de la gorge, car normalement elle le fait toujours un peu souffrir.

Le 5 décembre, la température est à 38°; les signes généraux sont moins marqués, mais on note l'apparition d'une éruption scarlatiniforme sur les cuisses, l'abdomen, le dos. On devait le réopérer le 6 décembre, mais devant cette éruption, on ajourne l'opération et il est envoyé à Claude-Bernard.

A l'examen, à Claude-Bernard, la température est à 37°8; le pouls à 100.

L'éruption, qui a beaucoup regressé, est scarlatiniforme, marquée dans le dos et sur l'abdomen. Peu marquée sur les bras et les jambes, elle affecte, sur l'abdomen, le type de placards.

On note une ébauche de signe de Pastia. La gorge est rouge, la langue a l'aspect typique.

Les douleurs articulaires, apparues dès les premiers jours, persistent. Par ailleurs l'examen est négatif.

Dans les urines quelques traces d'urobiline; les recherches de l'albumine et du sucre sont négatives.

Le pus, prélevé au niveau de la plaie, contient du streptocoque.

Les jours suivants l'éruption s'efface progressivement. On note un état psychique assez particulier. Le malade se plaint de douleurs otalgiques et de céphalées continues.

La température est à 37° jusqu'au 16 décembre. Le 17 décembre on note un clocher thermique à 39°.

Le 23 décembre, la température est à 37°, mais le malade se plaint d'insomnies.

Le 24 décembre, élévation thermique à 38° 6. La température persiste élevée à 39° 4 le 25, puis redescend progressivement.

Le 28 décembre, amélioration de l'état général, mais l'état psychique est toujours le même. On note une desquamation au niveau des mains. Cette scarlatine chirurgicale va évoluer normalement et M. G... quittera l'hôpital le 13 janvier 1937.

OBSERVATION n° 9.

(Observation inédite du service du Professeur Lemierre)

M. D..., employé des chemins de fer, âgé de 23 ans, brûlé pendant son travail, le 15 octobre 1936, a été hospitalisé à Lariboisière pour brûlures du deuxième degré à la fesse droite, aux orteils, aux bras. Le 18 octobre, le malade vomit, se plaint de la tête et de la gorge. Examiné à son arrivée à l'hôpital Claude-Bernard, le 13 octobre, il est prostré, incohérent, ne répondant pas aux questions qu'on lui pose. La température est à 40°, le pouls à 116, faible, mais régulier.

Outre les brûlures, il présente une éruption typique. C'est un piqueté rouge-foncé prédominant aux aines, à la face interne des cuisses, au niveau de l'abdomen et des bras. On note un signe de Pastia.

La gorge est rouge sans exsudat, la langue est humide rouge, dépouillée. La palpation permet de déceler une adénopathie cervicale peu marquée. Les urines sont rares et, si on trouve quelques traces d'urobiline, il n'y a ni sucre ni albumine. Une

hémoculture pratiquée sur divers milieux aérobie et anaérobie
reste négative. Le nombre des leucocytes est de 15.000.

Polynucléaires.	93 %
Monocytes.	3 %
Moyens monos	4 %

Le 21 octobre, on note toute une série de ganglions sus-
épithrochléens, disposés en chapelet à la face interne du bras.

Les urines, de petit volume, sont couleur bouillon sale, con-
tenant des cylindres granuleux et des leucocytes. La tension arté-
rielle est de 7 et 4,5, et le dosage de l'urée sanguine de 1 gr. 37.

Le 22 octobre, la température est à 38° 7, le dosage de l'urée
sanguine de 1 gr. 90. Le malade émet 750 cc. d'urines couleur
bouillon sale, où l'on trouve des traces de sang.

Le 23 octobre, la température est à 39° ; le pouls à 104, la
tension artérielle de 7 et 5. Le volume des urines est de 1.250 cc.
et le dosage de l'urée sanguine de 1 gr. 55.

Le 24 octobre, la température est de 37° 6, le pouls est à 96,
régulier, bien frappé, le malade a émis 1.500 cc. d'urines claires
non albumineuses. Traces d'urobiline.

Le 25 octobre, la température est à 37°, le pouls à 84, la
prise de la tension artérielle donne les chiffres de 7 pour la
maxima et 5 pour la minima. Les urines, dont le volume est de
1 litre, sont légèrement troubles avec des traces d'urobiline, mais
sans albumine.

Le 26 octobre, température 37° 6, pouls 96. Tension arté-
rielle 7 et 5. Volume des urines 1 litre.

Dès cette date, la température revient à la normale, le malade
va présenter une desquamation abondante et quittera l'hôpital
le 26 novembre.

OBSERVATION n° 10.

(Personnelle)

Il s'agit de Mademoiselle G. A..., sans profession, âgée de 18 ans.

Cette jeune fille va consulter le docteur L..., qui, diagnostiquant une hernie ombilicale, lui conseille de se faire opérer. L'intervention a lieu à la Maison de Santé du docteur L..., le 12 octobre, sous anesthésie générale, au mélange de Schleich.

Le soir de l'opération, la température est de 37° 3. Cette température va monter légèrement les jours qui suivent. Le quatrième jour, Mademoiselle A... souffre de la gorge, vomit, accuse de violents maux de tête et la température monte à 39°.

Le 17 octobre, on constate, sur tout le corps de l'opérée, une éruption de scarlatine typique prédominant au tronc et à la racine des membres inférieurs. On isole aussitôt la malade dans un pavillon de la Maison de Santé, séparé du bloc chirurgical.

A ce moment la température est à 39°, le pouls à 120. La gorge est de couleur framboisée et sur le fond, uniformément rouge, on aperçoit un pointillé plus sombre. La langue est rouge sur les bords, recouverte d'un enduit blanc au centre. La palpation permet de sentir des ganglions augmentés de volume et légèrement douloureux.

L'examen des urines ne fit déceler ni albumine ni sucre.

Le 18 octobre, la température est à 38° 2 et l'éruption commence à pâlir.

Cette scarlatine chirurgicale va évoluer sans complications, la malade va desquamer en larges bandes dès le 22 octobre et quittera la Maison de Santé le 22 novembre.

OBSERVATION n° 11.

(Observation publiée par M. G. Menegaux, à la Société Nationale de chirurgie, le 13 novembre 1935)

Il y a vingt ans, alors que j'étais élève officier à l'Ecole d'artillerie de Fontainebleau, je fus, au cours d'une manœuvre, légèrement blessé au dos de la main droite par les ongles d'un de mes camarades. Ce dernier, convalescent de scarlatine, avait subi l'éviction réglementaire de quarante jours, et était de retour parmi nous depuis vingt-quatre heures.

La journée se passa normalement. Au cours de la nuit, environ vingt heures après l'incident, je commençai à ressentir des douleurs au niveau de la plaie et j'eus pris d'un grand frisson.

Le lendemain matin, température à 40°, éruption scarlatineuse généralisée, prédominant au tronc et respectant la face, vastes traînées lymphangitiques le long du membre supérieur droit, adénopathie axillaire douloureuse. Le médecin de l'Ecole, malgré l'absence de l'angine concomitante, fit le diagnostic de scarlatine et m'envoya à l'Hôpital.

Je fis, en effet, à l'angine près, une scarlatine typique. L'érythème fut modéré; il y eut une desquamation importante, en lanières. La lymphangite du membre supérieur céda en quelques jours à des pansements humides; la plaie de la main supprima un peu et guérit lentement.

N. B. — Cette observation, malheureusement incomplète, est à rapprocher de celle que nous avons citée dans l'introduction de ce travail.

OBSERVATION n° 12.

(Observation publiée par M. Louis Bazy, à la Société Nationale de Chirurgie le 6 novembre 1935)

Concerne une jeune femme de 33 ans, qui, ayant eu un retard de règles, et se croyant enceinte, essaya de se faire avorter en novembre 1933. Au bout de quelques jours, n'ayant pas eu de résultat, elle cesse ses manœuvres et se met à souffrir d'une manière intense et continue. Le 12 décembre 1933, bien que depuis longtemps elle n'ait plus rien tenté, une métrorragie abondante se produit, accompagnée de vives douleurs qui persistent ainsi tout le courant du mois.

Le 12 janvier 1934, souffrant toujours, perdant encore un peu de sang, elle entre dans mon service de l'Hôpital Saint-Louis. On perçoit, à droite, une masse arrondie et sensible, qui fait penser à une grossesse extra-utérine.

Le 14 janvier, dans l'après-midi, douleur soudaine en coup de poignard dans le bas-ventre, accompagnée d'un grand frisson et d'une élévation de température à 39°5. Mon interne, M. Catalette, est appelé et sollicite les avis de M. René Bloch, qui, doutant du diagnostic de grossesse extra-utérine, conseille une ponction du Douglas. Elle ramène un liquide sale, brunâtre, et l'intervention immédiate est pratiquée par M. Catalette. Par laparotomie médiane sous-ombilicale on aborde l'utérus qui est petit et baigne dans un bouillon sale analogue à celui que l'on avait retiré par ponction. Les annexes sont augmentées de volume, surtout les annexes droites qui portent une poche kystique avec une perforation d'où s'échappe le liquide épanché dans le ventre. L'hystérectomie supravaginale est pratiquée et l'abdomen re-

fermé en un plan aux fils de bronze. Un drain est laissé dans le cul-de-sac de Douglas.

Les suites opératoires semblèrent tout d'abord excellentes, bien que la température oscilla autour de 38°5. Le cinquième jour même, on la vit atteindre 39° 5. Cependant l'aspect de la plaie opératoire était parfaitement satisfaisant et l'on ne notait, à son niveau, aucune réaction inflammatoire. Le septième jour la température est de 39° 6. On remarque, sans trop y prêter attention, que la peau de l'abdomen, autour de l'orifice du drain, est le siège d'un érythème assez marqué. Le lendemain aucun doute n'est possible. L'opérée présente une éruption typique de scarlatine caractérisée par un érythème intense, sans intervalle de peau saine, avec maximum aux plis de flexion. On n'a observé, cependant, ni frissons, ni vomissements. On ne trouve pas trace d'angine. La langue rouge sur les bords est saburrale au centre.

Un prélèvement est fait au niveau des amygdales. On ne trouve pas de microbes.

La réaction d'extinction de Schultz-Charlton est pratiquée avec du sérum anti-scarlatineux. Elle est très fortement positive. Cette éruption a évolué très simplement. Elle s'est terminée par une desquamation intense, en lamelles, qui s'est prolongée fort longtemps. En même temps la malade a présenté de l'alopecie.

Notons qu'aucun autre cas de scarlatine n'a été observé dans le service pendant tout le temps où notre malade a été soignée. Ajoutons aussi qu'elle n'avait pas été en contact avec un scarlatineux avant son entrée à l'hôpital et, qu'après sa sortie, tout son entourage est resté indemne.

J'aurais voulu, pendant sa convalescence, pratiquer chez elle la réaction de Dick. Mais, ni dans les services d'enfants

auxquels je m'é suis adressé, ni à l'Institut Pasteur, je n'ai pu me procurer la toxine nécessaire.

L'examen bactériologique de la sérosité péritonéale a été pratiqué à l'Institut Pasteur par Mme de Grolier, avec un soin tout particulier. Il a révélé la présence d'un streptocoque hémolytique très virulent pour le lapin. Le temps et les moyens ont malheureusement manqué pour étudier sa fonction toxique et sa fonction érythroène.

OBSERVATION n° 13.

(Observation publiée par M. Louis Bazy, à la Société Nationale de Chirurgie, le 6 novembre 1935)

Un jeune homme de 22 ans tombe, le 27 décembre 1934, de son camion en marche. Dans sa chute, il se luxé l'épaule droite. Mais, au moment de se relever, la roue du véhicule passe sur le bras droit et le fracture, déterminant, en outre, de graves lésions musculaires et un volumineux hématome.

La reposition de la tête, qui est en position sous-claviculaire, est impossible par manœuvres externes. On doit pratiquer une courte incision qui évacue l'hématome, permet de saisir le fragment supérieur dans un davier, de reposer la tête dans la cavité glénoïde, enfin, de réduire la fracture de la diaphyse humérale et de la maintenir par un fil d'argent. Cette intervention avait été retardée jusqu'au 29 janvier, en raison de l'état de la peau qui présentait de nombreuses plaies contuses et de l'importance de l'hématome. Mais il semble qu'à ce moent elle ne pouvait plus être différée.

Pendant les huit premiers jours qui suivirent cette intervention, la température et les suites furent normales. Le 9 février, une escarre cutanée qui siégeait à la face extrême du bras, se détache. La température monte alors brusquement à 40°. Un frisson apparaît ainsi que des signes d'infection de la plaie opératoire. Presque au même moment on constate un érythème généralisé scarlatiniforme qui couvre tout le corps. Un enanthème se développe au niveau de la bouche et du pharynx. L'état général est très mauvais. Il existe de l'agitation et une diarrhée profuse. Cet état dure douze jours, au bout desquels tous les phénomènes s'épuisent peu à peu. A ce moment le blessé présente une desquamation typique soit en plaques, soit en lanières. Pendant cette période on a pratiqué les examens suivants :

Prélèvement au niveau de la gorge : streptocoque hémolytique.

Prélèvement du pus de la plaie opératoire : streptocoque hémolytique, quelques staphylocoques.

Ensemencement des squames, présence de nombreux germes microbiens parmi lesquels on retrouve toujours le streptocoque hémolytique.

Globules rouges.	5.000.000
Globules blancs	37.000
dont :	
Polynucléaires.	93 %
Lymphocytes.	3 %
Grands mononucléaires	2 %
Moyens mononucléaires	2 %

OBSERVATION n° 14.

(Observation publiée par M. Louis Bazy, à la Société Nationale de Chirurgie, le 6 novembre 1935)

Elle concerne une malade, de 34 ans, qui a subi, en juillet 1935, dans mon service, une colpotomie pour suppuration pelvienne d'origine annexielle. Le 17 octobre 1935, on pratique une hystérectomie subtotala pour salpingite bilatérale. Les suites sont d'abord très simples, lorsque, le cinquième jour, on constate, en même temps qu'une vive rougeur de la gorge, une température à 39° avec des vomissements bilieux. Le lendemain 23 octobre, tandis que les vomissements et l'exanthème pharyngé persistent, apparaît une éruption présentant toutes les apparences de l'éruption scarlatineuse, et qui, petit à petit, envahit tout le corps. Mais un fait est tout à fait caractéristique. Cette femme a été soignée, dans un service de l'Hôpital Saint-Louis, depuis longtemps pour cette forme spéciale de lésions cutanées, dites eczématides, si bien étudiées dans la thèse d'Etienne Lortat-Jacob, qui a pu, par de patientes et ingénieuses expériences, en démontrer la nature streptococcique. Or, l'éruption scarlatini-forme s'arrête à distance de toutes lésions cutanées antérieures, qui sont toutes entourées d'une zone de peau saine, dont la blancheur contraste avec la rougeur intense qui couvre tout le corps. Il semble que ces éléments de dermite streptococcique aient déterminé autour d'eux une immunité locale se traduisant par un véritable phénomène d'extinction,

ÉTUDE CLINIQUE

L'évolution d'une scarlatine chirurgicale peut se diviser en quatre périodes : incubation, invasion, éruption et desquamation.

Après une incubation, ne se caractérisant par aucun symptôme, l'invasion dure quelques heures. Elle est, le plus souvent brutale, marquée par de la fièvre, un malaise général, des vomissements, de la tachycardie et une angine.

La fièvre s'annonce par des frissons répétés, de courte durée. La peau est brûlante et sèche, la face vultueuse, les yeux injectés. La température s'élève d'emblée et atteint immédiatement 40°. En même temps apparaît une douleur de la gorge, exaspérée par la déglutition, qui irradie vers les oreilles et le cou. A l'inspection de la gorge on constate une rougeur intense qui siège, non seulement sur les amygdales, mais encore sur les piliers, le voile du palais et la bouche. A ce moment la langue est blanche, recouverte d'un enduit pultacé blanc, épais.

A propos de cette angine, MM. Debré, Ramon, Bonnet

et Lamy, font remarquer que l'existence d'une réaction pharyngée ne signifie nullement pénétration du germe à ce niveau. Ayant cherché à vacciner, contre la scarlatine, un lot d'enfants en partance pour Berck avec une toxine formolée qu'ils pouvaient supposer n'avoir pas été totalement détoxiquée, ils virent apparaître chez eux une scarlatine typique qu'ils considèrent comme une véritable scarlatine expérimentale. Dans ce cas l'angine présentée par les enfants n'était que la manifestation de l'énanthème provoqué par l'injection d'une faible dose de toxine scarlatineuse.

La période d'éruption est caractérisée par l'exanthème, par l'énanthème, par l'évolution de la langue et la persistance de la fièvre, de la tachycardie et de l'angine. L'éruption, de teinte rouge écarlate, souvent précédée par des démangeaisons, débute au devant de la poitrine, à la racine des membres au pli du coude, gagne le ventre et le dos et s'étend enfin aux extrémités. Nous avons noté les signes de Pastia et de Leede.

Cette éruption a même pu être miliaire par places sur l'abdomen, sur les membres en particulier.

A cette période, l'angine se manifeste avec une fréquence encore plus considérable. Certains auteurs mentionnent l'absence d'angine et signalent la présence fréquente d'un énanthème bucco-pharyngé. L'énanthème serait caractérisé par le défaut de la tuméfaction amygdalienne et de la dysphagie et par la discrétion de la réaction ganglionnaire.

L'aspect de la langue, et ses modifications au cours de l'évolution, ont une importance considérable pour le diagnostic de la scarlatine. Nous les avons trouvées typiques indiscutables dans plus de la moitié des cas. Cette langue accompagnait soit une angine typique, soit une pharyngite plus ou moins prononcée.

La desquamation s'est produite exactement comme pour les scarlatines non chirurgicales, soit précoces, soit tardives, alors que l'éruption a pâli, et avec une intensité plus ou moins grande se prolongeant plus ou moins longtemps. La réaction de Schultz-Charlton a été faite dans quelques cas. Elle fut positive dans les cas où l'épreuve a été faite dans de bonnes conditions.

Quant aux signes généraux, rien ne peut les différencier de ceux de la scarlatine commune. Nous avons noté une élévation thermique souvent considérable, de la tachycardie des formes graves avec abattement, prostration ou agitation et des formes modérées peu fébriles.

Les troubles digestifs, qui se bornent le plus souvent à l'inappétence, peuvent, dans certains cas, acquérir une intensité particulière et se traduisent par la persistance des vomissements, du météorisme, de la diarrhée. Le foie est parfois légèrement hypertrophié et sensible à la pression. Sauf complications, la guérison est la terminaison courante d'une scarlatine chirurgicale.

Les variations, dans le tableau clinique de la maladie,

dérivent de la bénignité ou de la gravité de l'infection scarlatineuse ou bien de l'existence de complications.

Les scarlatines chirurgicales sont peu contagieuses et M. Louis Bazy explique ce fait parce que leur point de départ est une lésion viscérale ou une plaie, tandis que la scarlatine commune commence par une angine et que, dans ces conditions, interviennent les particules projetées par la toux et l'expectoration.

Lorsque la contagion d'une scarlatine chirurgicale ou puerpérale se produit, elle revêt, parfois, un polymorphisme remarquable. Dans l'observation de scarlatine puerpérale rapportée par M. Debré, à la Société Médicale des Hôpitaux, on voit l'interne qui avait soigné cette malade, sans être en contact avec d'autres scarlatineux, contracter une scarlatine typique. Mais, tandis qu'une malade soignée dans le service par cet interne est atteinte également de scarlatine, un autre interne, qui soignait le premier, présente un érysipèle de la face.

RESULTATS DES EXAMENS DE LABORATOIRE

Les hémocultures successives pratiquées sur divers milieux anaérobies et aérobiez demeurèrent négatives, à de rares exceptions, dont les deux cas de scarlatine puerpérales

de MM. Lemierre et Bernard, compliqués secondairement de septicémie streptococcique.

Par contre, nous avons pu relever, fréquemment, la présence de streptocoques soit au niveau de la plaie, soit au niveau de la gorge du malade. Dans tous les cas il s'agissait de streptocoques hémolytiques sans particularité qui les distinguât.

On ne note rien de particulier du côté des éléments rouges, l'anémie ayant été de pair avec la gravité de l'affection, ni du côté des hématoblastes qui ont été énumérés dans quelques cas. L'hyperleucocytose a été constante, a oscillé autour de 20.000. Il nous faut noter la polynucléose neutrophile qui a été constante.

La persistance des éosinophiles, et même une légère augmentation, est considérée comme un signe hématologique important de la scarlatine. Dans une de nos observations le pourcentage est de 6 p. 100.

Le taux de l'urée sanguine a été souvent normal ; on a signalé, comme dans les scarlatines banales, des azotémies précoces et modérées. On a vu, dans nos observations, des cas où le taux de l'urée sanguine a été trouvé plus élevé.

L'urobilinurie a été un symptôme presque constant. L'albuminurie a été trouvée, quelques fois, mais dans quelques cas elle existait antérieurement à la scarlatine.

ETUDE DES COMPLICATIONS

Les complications qui peuvent survenir se divisent en complications d'ordre général et complications locales.

COMPLICATIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

Ces complications vont modifier encore l'allure clinique de la scarlatine chirurgicale. Certaines sont très rares et nous ne ferons que les signaler : endocardite bénigne ou maligne, souvent associée au rhumatisme scarlatin, méningite souvent consécutive à l'otite, et enfin septicémie streptococcique. D'autres sont plus fréquentes et presque caractéristiques de la maladie.

L'angine, qui est en réalité un symptôme important de la scarlatine chirurgicale, peut être rangée parmi les complications lorsque la dysphagie devient gênante, que la tuméfaction ganglionnaire s'accentue, ou bien qu'elle prend le type de l'angine nécrotique de Hénoc'h, bien connue dans les scarlatines communes. C'est dans ces cas que l'on voit des ulcérations à fond saignant, sanieux, qui ont tendance à gagner en profondeur, et qui, parfois, aboutissent à la perforation du voile.

Plus graves que l'angine sont les complications rénales : on doit distinguer une albuminurie précoce, dite fébrile, qui survient dès le début de la maladie et cesse avec la défervescence en général, sans laisser de sequelles, et une albuminurie tardive qui, même lorsqu'elle est un symptôme isolé, laisse souvent après elle un rein définitivement lésé. Ces néphrites tardives surviennent, le plus souvent, au cours de la troisième semaine et on voit apparaître tantôt les signes de la rétention chlorurée, tantôt les signes de l'azotémie, tantôt la réunion de ces syndrômes. MM. Lemierre et Bernard ont apporté à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, un cas de scarlatine puerpérale où nous avons pu noter une complication très rare, à savoir une anasarque précoce et pure.

L'otite moyenne peut revêtir une forme purement douloureuse, durant quelques jours seulement, ou une forme suppurée aboutissant à la perforation du tympan et pouvant passer à la chronicité, faisant craindre les complications mastoïdiennes et méningées. Dans les otites moyennes on note constamment la présence de streptocoque hémolytiques.

Plus bénignes sont les douleurs rhumastismales qui apparaissent, en général, à la deuxième ou troisième semaine. Il s'agit d'arthrites séreuses frappant un petit nombre d'articulations, mais avec élection des petites articulations des doigts, des mains, quelquefois des pieds; de durée éphémère, leur guérison est constante.

Dans les observations que nous avons pu consulter nous n'avons pas trouvé de cas de surrénalite.

COMPLICATIONS LOCALES

Sous ce titre nous rangeons les complications qui surviennent soit au niveau de la plaie opératoire ou accidentelle, soit au niveau de la blessure.

Si les scarlatines chirurgicales sont habituellement peu sévères, par contre, même avec une forme d'intensité moyenne, les pires ennuis se produisent du côté de la plaie opératoire dans un très grand nombre de cas.

Voici ce que M. J. Hallé, dans son service à l'Hôpital des Enfants malades, a vu chez des sujets atteints de scarlatines chirurgicales depuis l'année 1894 jusqu'à ces dernières années : « s'agit-il d'un bec de lièvre fraîchement opéré ? désunion sphacèle. S'agit-il d'une opération sur le voile du palais ? C'est beaucoup plus grave. L'enfant à chance de mourir. Il peut s'en tirer cependant. Mais la gueule-de-loup sera ultérieurement bien difficile ou impossible à opérer. Nous avons vu, pour un simple phimosis, l'enfant perdre une partie de la verge. S'agit-il d'une appendicite ? Il y a désunion, baillement des muscles, l'intestin paraît dans la plaie. souvent il y a une fistule intestinale qui pourra cependant se réparer seule ».

DIAGNOSTIC

Les éléments du diagnostic positif de la scarlatine chirurgicale seront :

A la période d'invasion : la brusquerie du début par une angine, la rapidité du pouls souvent dissocié avec la température.

A la période d'éruption, l'exanthème rouge écarlate rugueux au toucher. L'énanthème qui précède l'éruption et siège sur les amygdales, les piliers, le voile. De couleur framboisée, parfois ecchymotique, la muqueuse est lisse, sèche, et, sur le fond uniformément rouge, on aperçoit un pointillé plus sombre. La langue, qui présente une évolution semblable à celle des scarlatines communes, est caractéristique à tel point qu'on a pu dire qu'une langue chargée qui desquame d'avant en arrière est une langue scarlatineuse.

A la dernière période, enfin, la desquamation en lambeaux fera porter le diagnostic de scarlatine chirurgicale. La réaction de Schultz-Charlton, si on peut la faire dans de bonnes conditions, et les examens de laboratoires, confirmeront ce diagnostic.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Au début, on peut confondre la scarlatine chirurgicale avec une angine simple, et, souvent, pour se prononcer, il faut attendre l'éruption. De même la brusquerie du début pourra faire songer à une pneumonie, un érysipèle, une angine herpétique, une variole.

Lorsque l'éruption est apparue, il faudra toujours rechercher s'il n'y a pas eu de contagé pour ne pas étiqueter scarlatine chirurgicale une éruption survenant chez un individu opéré en période d'incubation d'une scarlatine ordinaire.

A la période d'éruption il faudra éliminer :

— Le rash variolique qui, dans son type scarlatiniforme, pourrait en imposer pour une scarlatine chirurgicale. Mais le début de la variole est plus intense et s'accompagne de rachialgie. Ce rash scarlatiniforme est souvent hémorragique; l'erreur ne sera pas de longue durée, car l'éruption variolique apparaît rapidement à la face.

— L'érythème mercuriel qui est plus polymorphe et contient souvent des éléments purpuriques.

— Les érythèmes iodiques, antipyriniques, belladonés, ou succédant à l'ingestion de chloral ou de balsamiques. Mais aucune de ces érythèmes toxiques ne s'accompagne de fièvre ni d'angine.

— L'érythème sérique : il y a dans ce cas prédominance ordinaire des éléments urticariens et la notion d'une injection de sérum antécédente.

La séparation absolue d'avec les érythèmes scarlatiniformes, qui fut longtemps un problème très difficile de clinique, est aujourd'hui heureusement possible, grâce à la réaction d'extinction de Schultz et Charlton.

On éliminera facilement les autres fièvres éruptives que ce soit rubéole ou rougeole.

TRAITEMENT

Toute scarlatine chirurgicale diagnostiquée doit être isolée, car si la contagiosité n'est pas si grande que dans les scarlatines communes, nous avons vu qu'elle existe. La durée de cet isolement doit être de quarante jours.

Le traitement tactif comporte, en premier lieu, le repos au lit, non seulement pendant la période fébrile, mais encore après la défervescence pour prévenir l'albuminurie.

Le régime lacté, qui est un excellent moyen de prévenir les complications rénales, doit être institué jusqu'à la fin de la troisième semaine. A ce moment, une alimentation plus copieuse peut être permise, mais avec surveillance quoti-

dienne des urines. On reprend le régime lacté à la moindre trace d'albumine.

On se basera aussi, pour l'institution d'un régime, surtout s'il y a menace de néphrite, sur la constatation du syndrome azotémique et hypertensif de la maladie et on pourra donner, suivant les cas, soit le régime déchloruré, soit le régime chloruré, mais hypoazoté. Hormis les cas d'hypertension il est bon de donner des boissons abondantes au malade : boissons composées de jus de fruit sucré, qui renferment les vitamines indispensables pendant une maladie qui dure quarante jours.

La fièvre doit être respectée dans les scarlatines chirurgicales et certains médicaments, comme la quinine, le pyramidon, le véronal, sont particulièrement nuisibles. Dans certaines formes hyperpyrétiques on pourra se trouver bien de la balnéation froide en se bornant à cinq ou six bains précédés de l'injection sous-cutanée d'un tonique cardiaque.

Une excellente méthode de prophylaxie comme de traitement est la méthode de Milne, utilisée dans les scarlatines communes.

Nous avons vu, au cours de cette étude, l'importance des complications locales qui se produisent malheureusement avec une grande fréquence. Dans tous les cas, nous trouvons la présence du streptocoque : c'est contre lui qu'il nous faudra donc lutter énergiquement avec les armes que nous fournit la thérapeutique moderne.

Nous ne voulons pas terminer ce chapitre sans parler de l'action du sérum de convalescent et du sérum anti-scarlatineux de l'Institut Pasteur.. Nous rapporterons ici les phrases prononcées par M. J. Hallé, à la séance du 23 février 1934, de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

« Pendant les années que j'ai eu le service aux Enfants malades, j'ai pu expérimenter le sérum dit anti-scarlatineux de l'Institut Pasteur et le sérum de convalescent. J'ai réservé ces deux médications aux cas graves et tenté de les comparer. Je suis obligé de reconnaître que je n'ai rien observé de précis, de certain avec le sérum anti-scarlatineux mis à ma disposition. Je n'ai rien constaté, ni sur la température, ni sur les phénomènes infectieux, ni sur les complications, et ceci pas plus dans les formes légères que dans les formes graves. Par contre, le sérum de convalescent m'a donné souvent des résultats très favorables, en modifiant l'état général. Mais c'est dans les scarlatines chirurgicales que les résultats ont été de beaucoup les plus remarquables, les plus évidents et les plus surprenants. Depuis le jour où, systématiquement, j'ai mis sous la peau des petits malades, venus de chirurgie, une dose même assez minime de sérum de convalescent, j'ai cessé de voir tous les ennuis ou les désastres que j'ai énumérés plus haut. Cette conviction ne m'est pas personnelle; elle est celle de tout le personnel du Pavillon, qui est là depuis de nombreuses années, et qui ne voit plus, à son grand éton-

nement, les vilaines plaies, les fistules stercorales, les gangrènes constatées jadis.

Il ne nous a pas semblé que les doses élevées de sérum soient nécessaires; 10, 20 cc. semblent suffire. On peut, cependant, répéter la dose, ou une dose moindre, le lendemain. Nous n'avons guère dépassé 30 cc. en tout. Par contre, il nous a semblé qu'il y avait intérêt à faire cette injection de sérum aussitôt que possible après l'invasion de la scarlatine et le personnel du service avait ordre d'injecter, d'urgence, tout enfant opéré venant d'un service de chirurgie avec une scarlatine. »

CONCLUSIONS

I

La lecture de nos observations permet de se rendre compte de l'identité de la scarlatine chirurgicale et de la scarlatine commune.

Toutes les deux ont le même mode de début, la même évolution, la même terminaison. Les mêmes complications peuvent venir troubler leur évolution normale.

Les examens de laboratoire renforcent l'impression de similitude donnée par la clinique entre les deux scarlatines. La scarlatine chirurgicale ne diffère pas de la scarlatine ordinaire. Les variations symptomatiques que l'on y constate ne sont pas plus importantes que celles qui, si fréquemment, modifient le tableau classique de la scarlatine non chirurgicale.

II

Dans nombre de cas, les rapports de la scarlatine chirurgicale avec l'injection streptococcique ont été bactériologique-

ment établis. Ce streptocoque est-il l'agent de la scarlatine ou un microbe de sortie ? Poser cette question c'est vouloir résoudre le problème de l'étiologie de la scarlatine.

L'étude de la scarlatine chirurgicale ne nous permet pas de formuler des conclusions sur ce point.

Vu : *Le Doyen,*

TIFFENEAU.

Vu : *Le Président,*

A. LEMIERRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

1. TEISSIER et COSTES. — Physio-pathologie de la scarlatine. Rapport au xx^e Congrès Français de Médecine. 1920.
2. S. MOUZON. — La scarlatine est-elle due à un streptocoque spécifique ? — *La Presse Médicale*, 2 août 1934, numéro 62, p. 652.
3. P. BAIZE et M. MAYER. — La scarlatine puerpérale. — *La Presse Médicale*, 3 avril 1929.
4. F. COSTE, M. LEBLOND et P.-E. VANNIER. — Sur l'utilité de la recherche du streptocoque hémolytique dans la gorge des scarlatineux.
5. A. LEMIERRE et Jean BERNARD. — Etude sur la scarlatine puerpérale. — *Bull. et Mém. de la Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris*, n^o 4, 12 février 1934, p. 160.
6. R. DEBRÉ, RAMON, BONNET et MAURICE LAMY. — Sur la scarlatine puerpérale. — *Bulle. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, n^o 7, 5 mars 1934, p. 348.
7. BATUT. — De la scarlatine chirurgicale. — Thèse Paris, 1882.
8. BERNARD. — La scarlatine au cours des suites opératoires. — *Journal de Médecine de Paris*, 1907.
9. CHAVIER et FEVRIER. — Deux cas de scarlatines chirurgicales. — *Gazette Médicale*, mai 1888..

10. KAUFFMANN. — Scarlatine et appendicite.
11. M^{lle} GERIN. — Influence de la scarlatine sur quelques états antérieurs. — Thèse Paris, 1916.
12. Docteur M. BRELET, Professeur à l'Ecole de Médecine de Nantes. — La scarlatine, p. 31.
13. A. DUFOUR. — Les scarlatines chirurgicales. — *L'Hôpital*, novembre 1937.
14. LOUIS BAZY. — Les scarlatines chirurgicales. — *Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie*, 16 novembre 1935 — 61 : 1181-1188.
15. J. BERBERICH, K. JORDANOFF. — Incidence of scarlet fever aftonsillectomy. — *Deutsche Méd. Wchnschr*, 54, 2051, déc. 7-1928; also *Ztschr f. Laryng, Rhin.* 17 : 352, janv. 1929.
16. A.-H.-G. BURTON, J.-H. WEIR. — Puerperal surgical scarlet fever. — *Lancet* I : 1110-1112, 16 mai 1936.
17. R. CIBILS AGUIRRE, F.-N. CONSENTINO. — Escarlatinas quirurgicas. — *Prensa Méd. Argent.* 21 : 2345-2362, 12 décembre 1934.
18. G.-P. HUNT. — Survey of tonsillectomy and adenodectomy in scarlet fever. — *New England, J. Méd.* 212, 665, 670, 11 avril 1935.
19. J. O. L. — Scarlatine consécutive aux opérations sur le naso pharynx. — *The British Méd. J.*, n° 3737, p. 351, 20 août 1932.
20. R.-B. JONES, L.-A. KOHN. — Surgical scarlet fever, case - arch. surg. 16, 139, 143, janvier, p. 1, 1928.
21. F. KARISTROM. — Studies in scarlet fever : surgical scarlet fever. — *Acta pediat* 18 : 287, 304, 1936 abstr : *Nord Méd. tidsker* 10 : 2116, 2117, 21 décembre 1935.

22. N.-I. LEBEDEVA. — Surgical of traumatic scarlatina. — *Mosk. Med. J.* 7, n° 4, pp. 11, 17, 1927.
23. R. MITTERMAIER. — Über das auftreten von scharlachkrankungen im anschluss an tonsillektomien. — *Ztschr. f. Laryng. Rhin. Otol.* 26 : 134, 140, 1935.
23. W. MULLER. — Scarlet fever Etiology of case following cesarean section. — *Zentralbl. F. Gynäk* 55 : 2873, 2878, septembre 26, 1931.
25. R.-A. RIVAROLA. — Escarlatina y cirugia infantil. — *Semana Med.* 2, 1197, 1200, nov. 3, 1927.
26. ROBERTS (J.-B.). — The etiology of post operative orwound scarlet fever. — *Med. Council., Phila.* 1916, XXI, 33, 3.
27. G. RIODI. — Valutazioni patogenetiche su due casi di scarlatina chirurgica. — *Ann. d'ist. maragliano* 3 : 128, mai-août 1933.
28. J. VANVERTS. — A propos des scarlatines chirurgicales. — *Bull. et Mém. de la Société Nationale de Chirurgie.* S., 27 nov. 1935, 7 décembre 1935.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Historique	15
Observations	18
Etude clinique	40
Résultats des Examens de Laboratoire.....	43
Etude des complications	45
Diagnostic	48
Traitement	50
Conclusions	54

